

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions du créancier.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et contesté.

Identifiant créancier SEPA (ICS) :

F	R	1	3	Z	Z	Z	4	8	5	1	6	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Créancier

Nom du créancier : **ADMAR ENFANCE ET JEUNESSE – LES PETITS TACOTS**

Adresse (N° et rue) :

PLACE MICHEL MUZARD

AILLANT SUR THOLON

89110 MONTHOLON

Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur : _____

Adresse (N° et rue) : _____

Code postal et ville : _____

Pays : _____

N° de compte IBAN : _____

Code BIC : _____

N° de contrat sous-jacent (optionnel) : _____

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT/RÉPÉTITIF

Date :

Lieu :

Signature du Débiteur :

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

*Code identifiant du débiteur : _____

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

*Tiers débiteur pour :

Nom du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différents du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur _____ Code identifiant du tiers débiteur _____

Nom du tiers créancier _____ Code identifiant du tiers créancier _____

*Contrat concerné :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

***Référence unique de Mandat : RUM**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Numéro de dossier colibri :

*Créancier : code association _____ ou code structure administrative _____